FIOCRUZ

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

28

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – MANGUINHOS

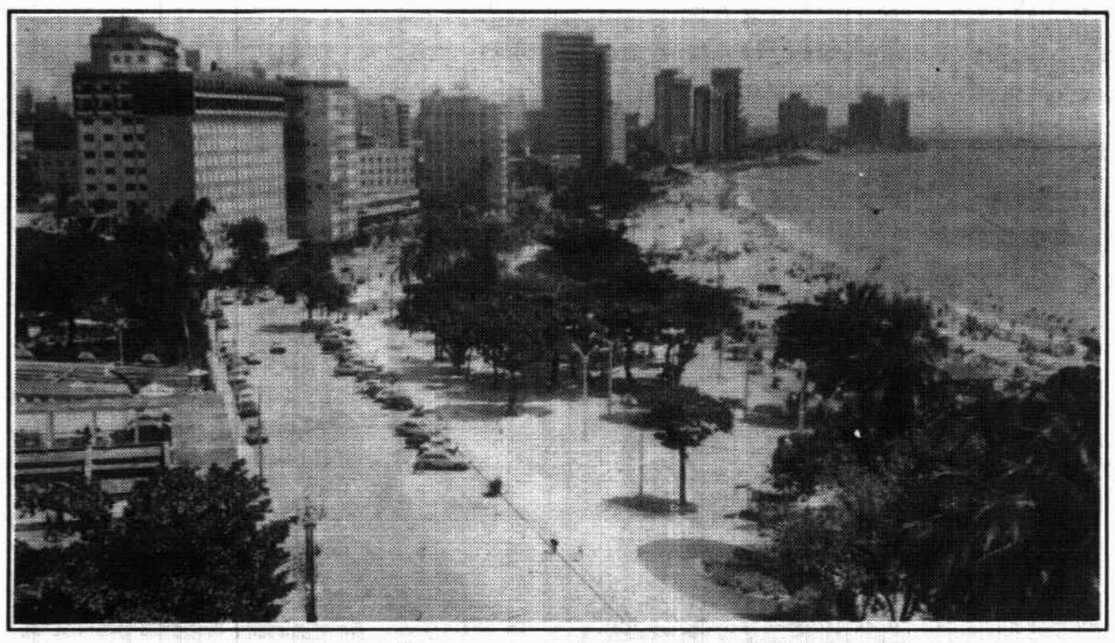
ABRIL DE 1991

A MUNICIPALIZAÇÃO EM FORTALEZA (CE)

DISTRITOS SANITÁRIOS COMBATEM CRISE NA SAÚDE

– É para Fortaleza que o povo do interior cearense migra na hora do aperreio. A afirmação de Maria Rodrigues, Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, reflete apenas um dos graves problemas vividos pela capital de um dos estados mais pobres do Brasil. Sem um eficiente sistema de saúde nos vários municípios espalhados pelo interior, o Ceará concentra em Fortaleza um dos poucos sistemas de assistência com capacidade de atendimento, mas incapaz de atender toda a demanda do estado.

Não bastasse isso, a Secretaria Municipal de Saúde convive com números alarmantes de sua própria população, que cresce sem que a oferta de serviços de infra-estrutura urbana consiga acompanhar esta demanda, o que traz conseqüências imediatas à qualidade de vida e de saúde. Para se ter uma idéia, em 1980 a taxa de mortalidade infantil em Fortaleza era de 138,1 óbitos por mil crianças nascidas vivas, taxa superior à de países reconhecidamente pobres como Etiópia e Bolívia. Este quadro começou a mudar na última década, mas não o suficiente para tornar o problema equacionado naquela capital.



Fortaleza convive com grandes contrastes sociais. Em bairros como a Aldeota, na Beira Mar, a mortalidade infantil é de 20 por mil nascidos vivos, em outros, como Nossa Senhora das Graças, o índice chega a 140 por mil nascidos vivos.

Para enfrentar a crise vivida pelo setor, o Secretário Municipal de Saúde, Luiz Cesar Nogueira, tem como prioridade a instalação de oito distritos sanitários em que foi dividida a cidade. Segundo ele, "o equacionamento do problema da saúde no município passou primeiro pela decisão política de municipalizar o sistema e depois pela promoção de fato da descentralização".

Considerada um dos pilares do modelo de atenção à saúde no município, a participação popular no sistema está assegurada por Decreto e o Conselho Municipal de Saúde começou a se reunir em março. "Lutaremos para que o Conselho seja um fórum deliberativo, a instância máxima do município", promete o Secretário.

(Págs. 4 e 5)

A privatização da Previdência

O PROPOSTA publica entrevista com o Deputado Federal Antônio Brito (PMDB-RS), que participou ativamente da elaboração do capítulo sobre Seguridade Social na Constituinte. No momento em que a Previdência vive uma de suas maiores crises (agravada pelas recentes denúncias de corrupção no INSS), o Deputado analisa o papel do novo Congresso na discussão sobre a privatização da Previdência, a proposta de orçamento para a seguridade, o modelo chileno de privatização do setor e alerta para alguns perigos contidos na proposta de privatização do sistema, dizendo porquê ele se encontra em crise.

(Pág. 3)

Doenças da miséria se proliferam no País

UM BRASIL DOENTE

A saúde da população brasileira está ameaçada por um número cada vez maior de doenças endêmicas por conta do processo de desenvolvimento da economia. A afirmação é do médico sanitarista Paulo Sabroza, professor adjunto do Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, ao analisar o quadro de desnutrição e baixa qualidade de vida do brasileiro, que convive com alta incidência de doenças como a leishmaniose, malária, dengue, tuberculose, hanseníase; com os maiores números de casos de esquistossomose e doença de Chagas do Mundo e com a iminência da entrada do cólera, que poderá tornar-se endêmico nas grandes periferias urbanas.

(Pág. 7)

Debate/9ª Conferência

A municipalização da saúde

Dando prosseguimento à série de artigos assinados com vistas à ampliação do debate relativo à 9ª Conferência Nacional de Saúde, o PROPOSTA publica artigo do Ministro da Saúde, Alceni Guerra, sobre a implantação do processo de municipalização da saúde. De acordo com o Ministro, a convocação da 9ª abre espaço para que toda a sociedade brasileira reflita sobre a implantação do Sistema Único de Saúde e para que os municípios se preparem para assumir suas novas responsabilidades.

(Pág. 8)

Cartas

Adolfo Lutz

Temos recebido o informativo Súmula, que nos agrada amplamente e pelo qual aguardamos sempre ansiosos (...).

Contragulamo-nos com o grupo idealizador desse projeto, a quem desejamos os maiores êxitos em todos os seus empreendimentos.

Wilma D. de Oliveira Garotti — Diretora Técnica do Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto (SP)

Saúde comunitária

Queremos, em primeiro lugar, parabenizá-los pela qualidade das publicações do Programa RADIS. Solicitamos assinatura destas publicações para a Divisão de Saúde Comunitária do Hospital Universitário Pedro Ernesto, pois elas são de grande valia para a formação de nossos residentes e para o desenvolvimento de nosso trabalho.

Iná Meireles – Chefe do Ambulatório Central Rio de Janeiro (RJ)

Zélia gosta

Parabenizo o grandioso trabalho que vêm realizando com a edição do Jornal da Reforma Sanitária, Súmula, Tema, Dados; principalmente por demonstrar seriedade, transparência e atualização das informações. Gostaria de participar com a leitura e análise das informações.

Zélia de Souza Lima – Brasília (DF)

Trabalhadores do Piauí

Parabenizamos a equipe jornalística pelo excelente trabalho no que diz respeito à clareza da informação, atualização das matérias, seriedade e, principalmente, pelas informações corretas e sem deturpações.

José Inácio Schunck – Presidente do Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência Social no Estado do Piauí.

Na bagagem

Escrevo-lhes para comunicar-lhes que estou me mudando para Natal (RN), e gostaria que as publicações fossem enviadas para o novo endereço, pois as informações me são muito válidas, como enfermeiro e como pessoa. Parabéns, as reportagens estão cada vez mais interessantes.

Ricardo Wiaka Bastos – Rio de Janeiro (RJ)

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

EXPEDIENTE

O PROPOSTA — Jornal da Reforma Sanitária é um órgão Oficial da **Fundação Oswaldo Cruz**, editado pelo **Programa RADIS** (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** (Ensp).
Presidente da Fiocruz: Hermann Schatzmayr; **Diretor da Ensp:** Paulo Marchiori Buss; **Coordenador do RADIS:** José Gomes Temporão (interino); **Edição:** Álvaro Nascimento; **Redação:** Álvaro Nascimento, Rogério Lannes e Jane Paiva; **Ilustração:** Carlos Xavier (Caco); **Banco de Notícias:** Thereza Velloso; **Banco de Dados:** Luiz Cláudio Carvalho; **Administração:** Jandira Vilhena; **Aux. Administrativos:** Marisa Aguiar e Marcos Antônio Aguiar.
Paginação Eletrônica: Bitaurus (021)242-0326; Impressão: Jornal dos Sports (021)232-8010; Tiragem: 40 mil exemplares; Periodicidade: Mensal; Distribuição: Direta, via correios. Assinatura: Grátis, em conjunto com SUMULA, TEMA e DADOS.
PROGRAMA RADIS: Av. Brasil, 4036 – salas 509/510/511/513/515 – CEP. 21040 – Manguinhos – Rio de Janeiro (RJ) – Tel.: (021) 260-7979 e 590-9122 Ramais 286/288 e 297. Fax: 21-260-9944. Telex: 21-37623 FUOC BR.

CACO

DOSE DUPLA

Mulheres esterilizadas chegam a 7 milhões

Infringindo o Código Penal e o Código de Ética Médica, que proíbem esta prática, a esterilização, especialmente a feminina, continua sendo utilizada indiscriminadamente e já foi realizada em pelo menos sete milhões de brasileiras na idade reprodutiva, entre 15 e 49 anos de idade, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNDA/IBGE). Revelando no Brasil um número de mulheres esterilizadas comparável à população total de países como a Suíça e Áustria, o problema preocupa a médicos e demógrafos, principalmente os do Terceiro Mundo, onde as mulheres são verdadeiras cobaias para este tipo de experiência. Em Bangladesh, Coréia do Sul e Malásia, por exemplo, esta prática faz parte dos programas de planejamento familiar. Em todo o mundo existem mais de 170 milhões de casais esterilizados.

Enquanto na África (com 14 habitantes por Km^2) a esterilização é prioritária como instrumento de planejamento familiar, na Europa e Estados Unidos (com 300 habitantes por Km^2), esta prática não está entre as opções das mulheres locais como método contraceptivo. Além de orientação familiar os contraceptivos são acessíveis grande maioria da população.

"No Brasil, falta a real implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, base para o planejamento familiar ideal, pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde", opina o Conselho Regional de Medicina — Cremerj.

Informe JB

Desvio de rota

A Fiocruz tem três publicações que não tratam de assuntos científicos. Abordam temas políticos ou corporativos.

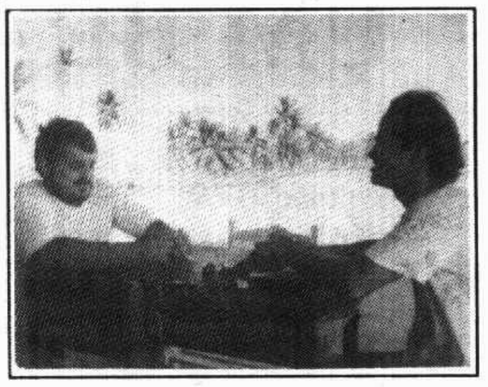
O Palácio do Planalto mandou fechá-las.

Ao defender a saúde pública no País, a Fiocruz incomoda quem lucra e é contra a implantação do Sistema Único de Saúde. Até aí, nenhuma surpresa. A novidade é o "Jornal do Brasil" alugar suas páginas a acusações infundadas vindas dessas "fontes".

Em resposta à nota publicada no "Informe JB" de 3 de abril, a Presidência da Fiocruz enviou um desmentido formal ao responsável pela coluna, informando que a Fundação "não edita publicações de caráter político ou corporativo" e que todas elas "tratam de questões ligadas à ciência e tecnologia; pesquisa; assistência à saúde e às políticas de governo para o setor". E esclareceu que "não recebera nenhum comunicado seja do Palácio do Planalto ou do Ministério da Saúde com relação ao assunto".

Em Tempo: O **"JB"** está completando cem anos em 1991. Parece que no lugar de se tornar mais experiente e ético, está ficando esclerosado.

A vez de Icapuí



Depois de Fortaleza, Icapuí. Na próxima edição do PROPOSTA, a saúde do Ceará voltará a ser enfocada, desta vez com números e relatos sobre a experiência de implantação do Sistema Único de Saúde em um município de pequeno porte, que destina 23% do seu orçamento para a saúde e vem superando obstáculos de maneira exemplar. Será um mergulho na vida dessas quase 15 mil pessoas que moram e trabalham próximos a 60 quilômetros de praias (foto), entre a conhecida Canoa Quebrada e a fronteira com o Rio Grande do Norte.

RJ discute financiamento

Os Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro aprovaram em recente encontro, que realizaram em Cabo Frio, documento manifestando preocupação com as novas formas de financiamento do SUS (Sistema Único de Saúde) que, "em decorrência da redução das bases de cálculo, vem inviabilizando que os municípios respondam integralmente pela assistência à saúde, atrasando o fim da dicotomia existente entre prevenção e cura", afirmou a Secretária de Cabo Frio, Sandra Maria Browne.

Ela acrescentou que a questão do financiamento gerou muita polêmica, já que a ex-Secretária de Saúde do Estado, Maria Manuela, "afirmou ter recebido em torno de Cr$ 768 milhões do SUS, enquanto o Secretário de Administração do Ministério da Saúde, Augusto Carlos Garcia Viveiros, garantiu ter mandado ao Estado Cr$ 5 bilhões e 600 milhões".

A Carta de Cabo Frio também protestou contra a Portaria 438, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, que regulamentou a unidade de cobertura ambulatorial (UCA), "desconhecendo a função gestora dos municípios em relação ao SUS e transformando-os em meros prestadores de serviços de saúde". Novo encontro será realizado de 22 a 25 de maio em Niterói.

PUC de Campinas amplia atuação na área da saúde

Através da ação interdisciplinar de seus vários cursos e unidades da área de saúde (Medicina, Ciências Farmacêuticas, Odontologia, Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Terapia Ocupacional), a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMP), está ampliando a atuação de seu Núcleo de Saúde.

Foram criados os Programas de Educação Continuada, voltado para o treinamento e reciclagem de recursos humanos, e o de Assessorias e Consultorias, destinado à elaboração de diagnósticos, desenvolvimento e implantação de Sistemas e Serviços de Saúde, junto aos setores públicos, privados e organizações sociais. Também foram implantados Projetos Especiais de Saúde, para áreas estratégicas do setor, com programas de estudo e pesquisa em Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Saúde Mental, Saúde e Trabalho e Política Nacional de Saúde. O Núcleo de Saúde também vem organizando um setor de documentação e divulgação, visando apoiar as demais atividades. Maiores informações podem ser obtidas na Reitoria (Campus Universitário, Rodovia D. Pedro I, Km 112 – Caixa Postal 317 – PABX 52-0899 – 13100 – Campinas/SP).

Como a Seguridade Social não saiu do papel, parlamentar vê caminho aberto para a privatização do setor, "pois não há quem vá se levantar para defender o que não existe".

A privatização da Previdência

As mudanças que o Governo está propondo para a aposentadoria — em especial a de que ela se dê por critério de idade aos 65 anos , encontram um sério obstáculo para seu andamento no Congresso, além do fato de a expectativá de vida no País não chegar aos 65 anos. É que grande parte dos parlamentares acusa o governo de destinar a outras atividades os recursos da Previdência Social. Mesmo os parlamentares do governo que defendem a introdução da aposentadoria somente por idade, acreditam que dificilmente o governo convencerá os partidos a apoiarem a tese se não colocar antes a "casa em ordem".

É neste contexto — agravado pelas recentes denúncias de corrupção no INSS — que assume maior importância a discussão sobre a viabilidade da Previdência, sua privatização, para onde vão os recursos a ela destinados e, principalmente, a implantação da Seguridade Social instituída pela Constituição. Estes são os temas da entrevista concedida à última edição da Revista da Associação Nacional dos Fiscais de Contribuições Previdenciárias (Anfip), pelo Deputado Antônio Brito (PMDB-RS). Atual Presidente da Comissão de Ciência, Tecnologia, Comunicação e Informática, ele participou intensamente da elaboração do capítulo da Seguridade Social na Constituinte e das discussões sobre o orçamento da União para 91.

Pela oportunidade desta entrevista e sua qualidade, o RADIS republica a seguir alguns de seus principais trechos, não pretendendo com este depoimento do parlamentar encerrar, mas ampliar e clarear mais a discussão sobre tema tão determinante da saúde e qualidade de vida da população brasileira.

O NOVO CONGRESSO E A SEGURIDADE SOCIAL

"Tenho três tipos de preocução, no que se refere ao futuro Congresso e a seguridade. A primeira decorre do fato de que, passados dois anos da Constituição, nós já deveríamos ter, pelo menos, parte do conceito da seguridade implantado, na prática. Isso, infelizmente, não ocorre. Administrativamente, há os ministérios agindo de forma isolada — os de Saúde, Previdência e Assistência Social. Então, aquela integração entre essas áreas que estão contidas no conceito de seguridade não se efetivou.

Em segundo lugar, do ponto de vista orçamentário, igualmente não se efetivou o conceito de seguridade. Basta ver que, na feitura da proposta de orçamento para 1991, sequer houve uma reunião entre o pessoal da Saúde, da Previdência e da Assistência para trabalhar como se fosse seguridade.

Em terceiro lugar, o conceito de seguridade não se efetivou porque nós não conseguimos, em função dos vetos presidenciais e da área econômica, criar o Conselho Nacional de Seguridade Social, que constava do meu projeto, aquele que organizava o custeio e a própria seguridade.

Há então facilidade para aqueles que querem destruir a seguridade, pois, dentro da opinião pública, não há quem vá se levantar para defender o que não existe."

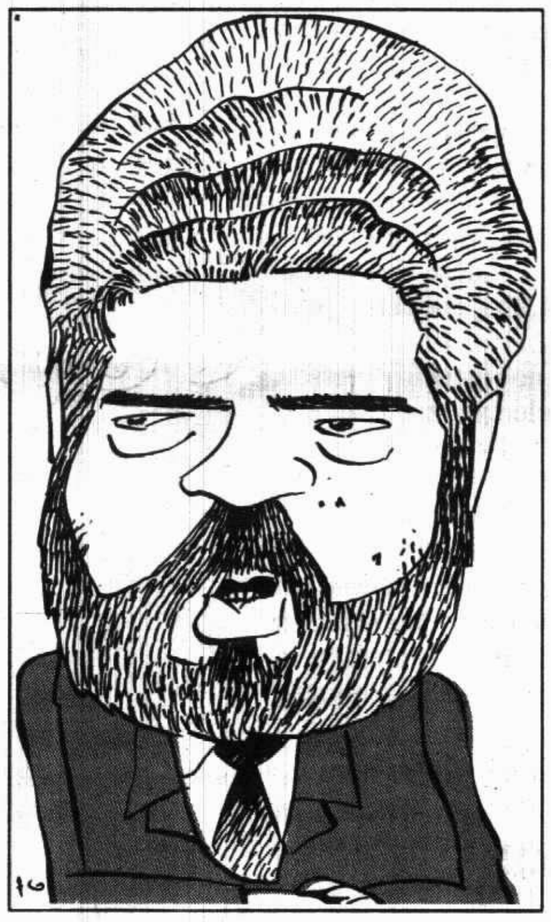
PRIVATIZAÇÃO DA PREVIDÊNCIA

"Imagine se a Previdência fosse privada e ela – uma empresa de previdência – cobrasse dos seus associados uma taxa chamada, por exemplo, Finsocial, para essa taxa assegurar a assistência médica e, no futuro, quando necessário, ela usar os benefícios. Aí, depois, imagine que a direção dessa empresa pegasse o dinheiro do Finsocial, essa taxa cobrada, e utilizasse para pagar despesas de outra empresa. O resultado é que essa empresa quebraria. A Previdência vai cobrar da sociedade brasileira, em 91, Cr$ 481 bilhões, a valores de maio de 90, e desviar Cr$ 150 bilhões desses 481 bilhões para pagar os inativos da União. Quer dizer, a União não põe mais dinheiro na Previdência e, agora, começa a pôr, ao invés de dinheiro, as despesas dela, União.

Há ainda o desvio da contribuição sobre o lucro. Cobra-se da sociedade Cr$ 129 bilhões e desvia-se Cr$ 70 bilhões para o pagamento de funcionários ativos.

O que acaba levando à privatização da Previdência é a inviabilização desta. Quando se desvia recursos e se permite esses níveis de corrupção e ineficiência e não se melhora as condições dos hospitais, isso está, indiretamente, ajudando a privatização.

O sistema previdenciário privado do Chile não pode servir de modelo para o Brasil. Conforme a Constituição, haverá faixas em que a iniciativa privada assegurará a previdência complementar. A partir do momento em que a seguridade for dirigida por um conselho nacional, com critérios administrativos sérios e quando ela se afirmar diante do País, essa discussão sobre privatização desaparece. Defendo a coexistência dos dois sistemas e quero evitar a privatização absoluta.



Para o Deputado Antonio Brito (PMDB-RS), a seguridade necessita de um conselho diretor nacional para se firmar diante do País

Não tem havido entre os representantes dos interessados na questão da seguridade ninguém com idade inferior a 60 anos. A seguridade tem que ser assumida pelo trabalhador de 18 anos. Ela é uma luta de toda a sociedade brasileira. É meio óbvio, mas tem que ser lembrado que o cidadão, hoje, ou é aposentado ou vai ser."

ORÇAMENTO DA SEGURIDADE PARA 1991

"O orçamento da seguridade para o ano de 1991, é de Cr$ 3 trilhões. O que está sendo retirado deste orçamento para ajudar o orçamento fiscal são Cr$ 436 bilhões. Se isso não fosse feito e se o governo deixasse com a seguridade o dinheiro que é da seguridade, o orçamento desta, no mesmo momento, aumentar em 15 por cento. Eu estou falando de uma diferença de 15 por cento.

Como foi que se construiu essa diferença de Cr$ 436 bilhões? Foi através de três mecanismos que o governo, através da área econômica, está adotando. Primeiro, passou para o custo da seguridade 75 por cento do EPU (Encargos Previdenciários da União). O sistema de seguridade pagará Cr$ 220 bilhões, a valores de maio de 1990, para os inativos da União. Segundo: a União pega o dinheiro do Finsocial e da Contribuição sobre o lucro e usa esse dinheiro para pagar os funcionários ativos. Cem por cento da folha do Ministério da Saúde quem paga é o governo? Não. É a seguridade. Noventa e seis por cento da folha do Ministério do Trabalho e da Previdência e 82 por cento da do Ministério da Ação Social também vão ser pagos pela seguridade.

A outra linha de desvio está no uso de 21,21 por cento do Finsocial, equivalente a Cr$ 97 bilhões, em obras contra as cheias e demarcação de terras indígenas. As conseqüências desses desvios estão, primeiro, no orçamento da Saúde, que será menor que o de 90.

Quanto à Previdência, o aumento que haverá não chega a 1 por cento e é absolutamente incapaz de cobrir os benefícios que o próprio governo está pensando em pagar. O orçamento que aumenta dentro do orçamento da seguridade é o da Ação Social, que aumenta um pouco, mas isso porque ali estão sendo realizadas obras com o dinheiro do Finsocial que não são, caracterizadamente, obras de seguridade social.

MUNICIPALIZAÇÃO EM FORTALEZA (CE)

Distritos sanitários são principais armas para combater a crise na saúde

O crescimento populacional de Fortaleza não tem sido acompanhado de um aumento de infra-estrutura urbana, serviços públicos e oferta de trabalho que garantam a melhoria da qualidade de vida no município. Em 1987, segundo a FIBGE, 17% das pessoas que chegavam aos 14 anos permaneciam analfabetos e 40% da população economicamente ativa tinha rendimento inferior a um salário mínimo. Com apenas 20,7% dos domicílios dispondo de rede de esgotos e 55% de coleta regular de lixo, a capital cearense exibe hoje, assim como Recife, as piores condições de vida dentre as maiores regiões metropolitanas brasileiras.

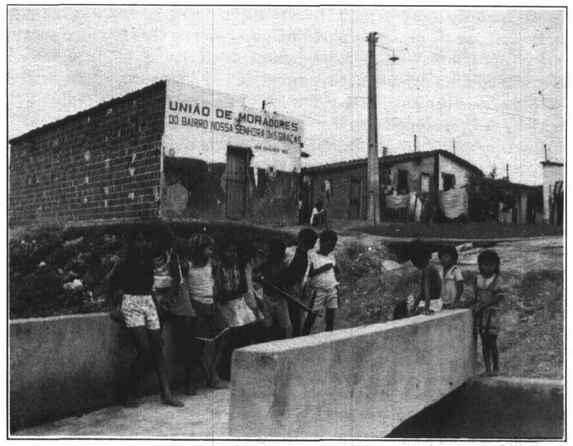
Embora decrescente, a taxa de mortalidade infantil na Região Metropolitana de Fortaleza é ainda a maior do País, motivada, principalmente, por causas perinatais, diarréias e insuficiências respiratórias agudas. As doenças do aparelho respiratório e infecciosas e parasitárias são as mais comuns entre a população e também as principais causas de mortalidade no município.

"A situação sanitária em Fortaleza é grave, como acredito que seja em todo o Nordeste. Nos custa muito ter vários recordes de campeões em miséria", avalia Luiz Cesar Nogueira de Carvalho, chefe de gabinete e secretário interino da Saúde do município, na ausência do titular Abner Cavalcante Brasil, em visita à Cuba, em março, para participar de um congresso internacional de saúde. "O início do equacionamento da saúde no município passou primeiro pela decisão política de municipalizar a saúde e promover de fato a descentralização", diz ele. "Antes não havia um planejamento estratégico, tudo era feito segundo a ortodoxia dos gabinetes. E está provado que isto não dá bons resultados em lugar nenhum do mundo."

A maior prioridade para o setor saúde em Fortaleza hoje, segundo Luiz Cesar, é a instalação dos distritos sanitários. A divisão do município em oito áreas teve início em setembro de 1987, baseada na concentração populacional, na distribuição da rede assistencial e no acesso viário. Desta experiência, o principal saldo foi uma forte articulação entre as equipes técnicas então criadas e o início de levantamento das realidades locais de cada distrito.

A partir de outubro de 1990, o Decreto que formalizou a criação dos distritos adequou seus limites de abrangência aos das nove regiões administrativas existentes. O 5º distrito, que tem como centro o bairro de Concentração, foi o primeiro a ser oficialmente criado e sua estruturação vem sendo assessorada pela Organização Panamericana de Saúde (Opas) e técnicos do Ministério da Saúde da Itália. A cada três meses, um novo distrito será instalado.

Luiz Cesar não acredita que a saúde deva ser cuidada por meio de programas específicos e verticais. "Não devemos trabalhar com programas, mas com problemas", explica. "As diferenças entre cada área são enormes. Enquanto a mortalidade infantil se resume a 20 por 1.000 nascidos vivos (NV) em bairros como a Aldeota, na Beira Mar, outros como o Nossa Senhora das Graças, onde fica a maior favela da cidade, o Pirambú, com 400 mil habitantes – grande parte sem esgoto e instalados em palafitas –, o índice chega a 140/1.000 NV."

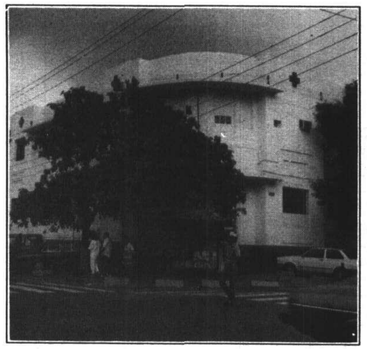


Num município onde 17% das crianças chegam aos 14 anos analfabetas, Luiz Nogueira de Carvalho vê no fim da "ortodoxia dos gabinetes" a saída para vencer os problemas sanitários locais.

Segundo Luiz Cesar, cada unidade de saúde deve estabelecer sua área de abrangência e trabalhar dentro dela identificando as micro-áreas de risco. Nelas, a unidade vai detectar os problemas específicos e adotar uma estratégia para combatê-los. "Se o problema for diarréia por falta de esgoto", exemplifica, "é aí que o poder público deve atacar".

Outra prioridade é acabar com o afunilamento no pronto socorro central do município, o Instituto José Frota, "reduzindo as filas e evitando que as pessoas continuem morrendo à caminho ou na porta do hospital", acrescenta o Secretário. "Queremos implantar pronto atendimento com médicos de plantão na periferia. Teremos ainda pólos – com a localização a ser definida por critérios técnicos em comissões e seminários –, que contarão com duas unidades de média emergência e outras duas de pequenas emergências."

Atualmente, segundo ele, o município tem um déficit de 547.497 atendimentos e 27.375 internações de emergência por ano. Existem 239 leitos de emergência, para atender uma demanda de 634 leitos, representando um déficit de 395 leitos/ano. Como a clientela do Instituto José Frota inclui todo o interior do Ceará e até pacientes de municípios dos estados vizinhos, o secretário de Fortaleza vê nos consórcios intermunicipais a saída para viabilizar o custeio do hospital geral.



Com um pronto atendimento eficiente na periferia, a Secretaria de Saúde pretende desafogar o pronto socorro central de Fortaleza.

Fortaleza

população: 1,8 milhões
abastecimento de água: 78,69%
esgoto: 20,7%
lixo coletado: 55%
iluminação elétrica: 90%
analfabetismo: 36,43% (em 1980)
serviços públicos de saúde (fed., est. e mun.):
centros de saúde – 62
hospitais – 19
laboratórios – 43
leitos – 2.516
consultórios médicos – 551
consultórios odontológicos – 204
profissionais de saúde municipais e municipalizados:
médicos – 1.146
enfermeiros – 355
odontólogos – 177
farmacêuticos – 115
outros profissionais de nível superior – 135
nível médio – 2.947

Fonte: Secretaria da Saúde de Fortaleza

Participação popular é pilar do sistema

A participação popular é considerada um dos pilares do modelo de atenção à saúde que está sendo implantado em Fortaleza. Com o objetivo de formular, acompanhar e fiscalizar as políticas e ações de saúde, foi criado por Decreto de dezembro de 1990 o Conselho Municipal de Saúde, composto por representantes de prestadores de serviço e usuários e que teve sua primeira reunião marcada para o final de março. "Lutaremos para que ele seja um fórum deliberativo, a instância máxima no município", antecipa o secretário Luiz Cesar Nogueira.

"Mesmo sabendo que o governo não quer o movimento participando de verdade nos seus conselhos, eu não tenho dúvida de que devemos estar presentes", dispara Mário Moreira da Silva, vice-presidente e diretor do departamento de Saúde da Federação das Associações de Moradores de Bairros e Favelas de Fortaleza. "O difícil é convencer a população da importância destes conselhos, porque ela já está muito descrente", argumenta.

Mário diz que participou "ativamente" do conselho do Hospital Geral, durante três anos, junto com representantes de 32 comunidades. "Quando denunciávamos alguma irregularidade aos chefes de serviço, eles encobriam os colegas. Aos poucos, a população que representávamos passou a dizer que estávamos compactuando com eles", relata. "Outro problema é a forma como acabaram com os conselhos distritais e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), sem nenhuma explicação", acrescenta. "A gente é chamado para participar, dar sugestões, mas na hora da decisão, são eles que fazem tudo."

As representações dos profissionais de saúde têm um conjunto de propostas consensuais para encaminhar aos conselho municipal e estadual de saúde, segundo Maria Rodrigues da Conceição, presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Entre elas estão o fim dos gastos excessivos com propagandas, revertendo os recursos para a saúde; a adoção de um planejamento estratégico que permita realocar recursos onde eles são mais necessários a cada momento, segundo idades epidemiológicas; a cobrança dos repasses de recursos federais em dia para evitar que eles sejam gastos às pressas nos últimos meses do ano; alocação de anestesistas e cirurgiões nas unidades descentralizadas para reduzir a procura ao pronto socorro central e prioridade ao funcionamento e gerenciamento do serviço, já que a priori-

Vânia Araújo: "não queremos estar à margem do sistema público de saúde"

dade na década de 80 foi a construção de novas unidades.

"É para Fortaleza que o povo do interior cearense migra na hora do aperreio", diz Maria Rodrigues. "Os bairros populosos de Santa Rosa, Presidente Vargas e Apolo XI, por exemplo, dispõem de um posto de saúde com apenas um médico de plantão por dia, atendendo a 20 fichas. Por isso, não basta construir prédios e comprar carros, se não houver pessoal suficiente nas unidades, bem remunerados e motivados para trabalhar."

Na favela do Pirambú, um projeto com recursos da França através da Associação dos Médicos do Mundo, mantém um posto de saúde com a assistência diária feita por médicos locais e estrangeiros e treina 14 agentes de saúde da própria comunidade. "Não queremos estar à margem do sistema público de saúde e, por isso, estamos tentando contatos com a Secretaria de Saúde de Fortaleza para que eles enviem pessoal e material para dar continuidade ao trabalho do posto", comenta Vânia Maria Carlos de Araújo, diretora da Associação de Moradores da Rua Santa Elísia.

Há cinco anos envolvida com o projeto, Vânia diz que gosta de seu trabalho – voltado principalmente para o atendimento de casos de desnutrição, assistência à gestante e prevenção do câncer –, mas conclui: "se a assistência à saúde no município já alcançasse a todos, certamente não teríamos que estar fazendo este trabalho."

MORTALIDADE INFANTIL

Pesquisa aponta queda que pode chegar a 32%

A taxa de mortalidade infantil em Fortaleza em 1980 chegava a 138,1 por mil nascidos vivos, superior à da Etiópia e da Bolívia.

Recente pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o governo do Estado do Ceará indica que a mortalidade infantil no Estado pode estar caindo em até 32%. Um dos principais indícios da baixa qualidade de vida em Fortaleza e no interior do Estado, a taxa de mortalidade infantil na capital chegava a 138,1 óbitos por mil nascidos vivos (NV) em 1980, segundo estimativas baseadas em dados da FIBGE e estatísticas do Registro Civil, publicados na Revista Dados/RADIS nº 14. Esta taxa, uma das mais altas do mundo, superava a da Etiópia (118/1.000 NV) e a da Bolívia (110/1.000 NV).

A pesquisa da Unicef/Governo do Ceará de 1990 é a segunda em quatro anos. Assim como em 1987, foram utilizados dois métodos diferentes para estimar a mortalidade infantil no Estado. Pelo método indireto que reflete situação existente quatro anos antes e se baseia no número de filhos tidos e filhos sobreviventes de mulheres de 20 a 34 anos –, a primeira pesquisa apontou um índice de 102/1.000 NV para o início de 1983 e 95/1.000 NV para o início de 86, sugerindo uma redução de cerca de 10%. Utilizando o método direto – que retrata a realidade do ano anterior, entrevistando mulheres entre 15 e 49 anos sobre os filhos tidos nos últimos três anos e os que sobreviveram até a data da pesquisa – a mortalidade estimada caiu de 57/1.000 NV em meados de 86, para 39/1.000 NV em meados de 89, apontando para uma redução de 32%.

Segundo o epidemiologista Marcelo Gurgel Carlos da Silva, professor adjunto da Universidade do Ceará e autor do livro "Epidemiologia: Auto-avaliação e Revisão", a metodologia indireta desenvolvida por demógrafos da Escola de Saúde Pública de Londres é consagrada e confiável e a direta, que é uma variante da mesma linha, tem a vantagem de se ajustar à realidade do Estado pesquisado, dada a falta de informação disponível. Acrescentou ainda que os consultores da Universidade Federal de Pelotas (RS), que orientaram as pesquisas, estão entre os melhores epidemiologistas do País.

Em sua opinião, os resultados pelo método direto são mais precisos. "Mas o que dá foro de validade aos resultados da pesquisa pelo método direto", diz ele, "é a comparação feita entre os dois momentos (pesquisas de 87 e 90), onde a grande subestimação a que ele está sujeito tende a ser a mesma, já que o universo da pesquisa não foi alterado." Ele ressalta apenas que a diferença do período em que as pesquisas foram feitas (a primeira entre outubro e dezembro e a segunda de junho a agosto) pode interferir nos resultados, já que a incidência de gastroenterite, por exemplo, é maior entre dezembro e março na Região Metropolitana de Fortaleza. Sua avaliação, porém, é que o diferencial não é significativo a ponto de invalidar a pesquisa.

Uma das revelações da primeira pesquisa foi a constatação de que 58% das crianças mortas em 1985 e 1986 não haviam recebido nenhum tipo de assistência médica antes de completar 1 ano de idade. A partir daí, e com base na identificação das causas das mortes precoces, o governo do Ceará idealizou o programa "Viva a Criança", que promove ações de assistência à mulher e à criança como o incentivo ao aleitamento materno e à reidratação oral, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, programas de vacinação e assistência aos casos de insuficiência respiratória aguda. Outro aspecto fundamental da atual política de redução da mortalidade infantil no Estado, citada no último Relatório Anual da Unicef como um "exemplo para o mundo", foi a entrada e cena de 2.905 agentes de saúde remunerados com recursos estaduais e cerca de 1.000 voluntários ligados às Comunidade Eclesiais de Base, as CEBs da Igreja Católica.

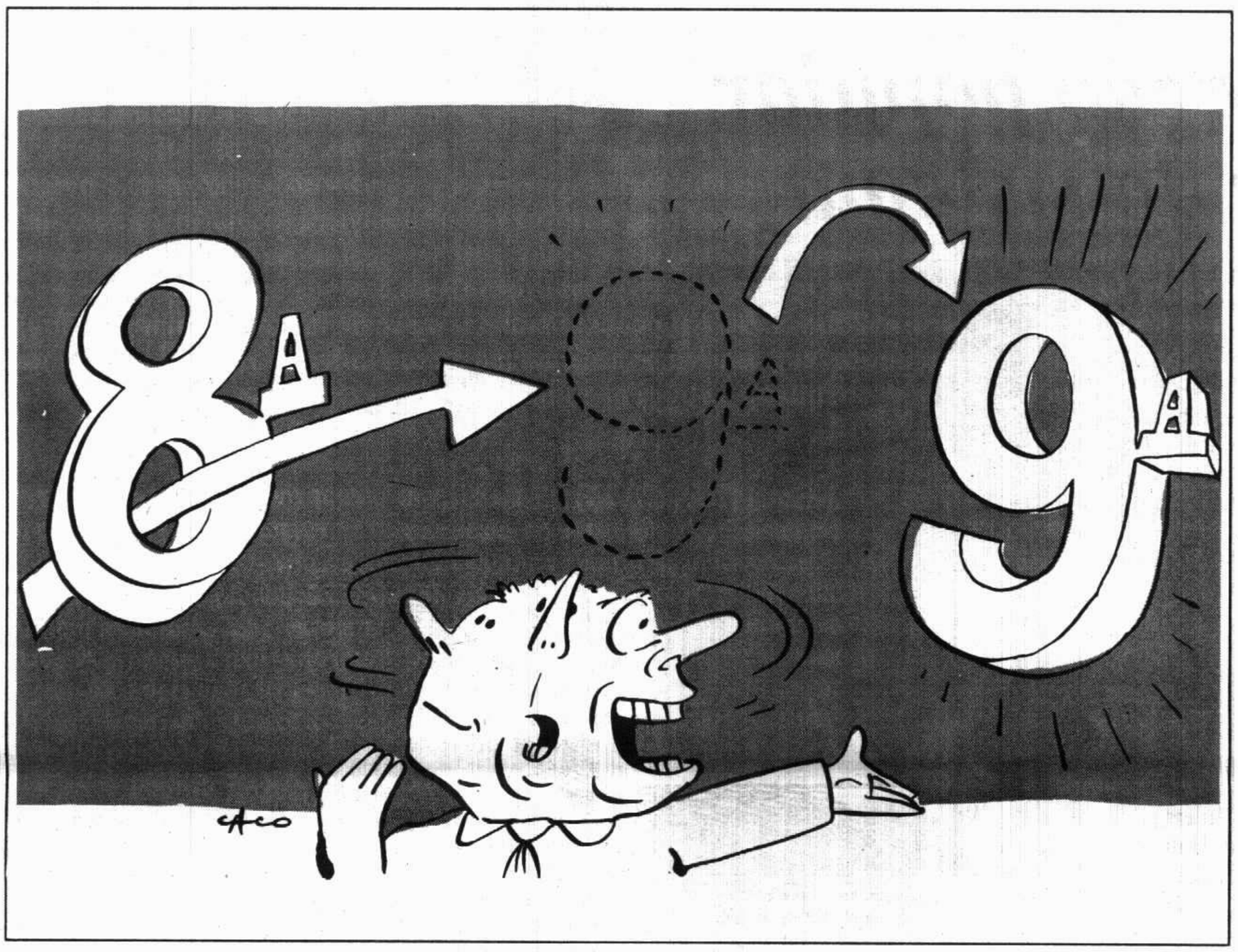
"A situação que vivemos no Estado ainda é muito grave", afirma a coordenadora do "Viva a Criança", Francisca Maria Oliveira Andrade. "Mas a grande conclusão que podemos tirar dos resultados desta pesquisa é que o fato de a mortalidade infantil resultar de um conjunto de fatores ligados às condições de vida da população não deve levar o sistema de saúde à imobilidade, até que os demais fatores estejam equacionados. Cada área deve fazer a sua parte", conclui Francisca.

RADIS serviço

- Secretaria da Saúde de Fortaleza (CE) – Rua Idelfonso Albano, CEP 60.000 – Tel.: (085) 252-3822 – Telex 85-1044 – Fax.: (085) 252-3441.
- Programa Viva a Criança – Rua Tertuliano Salles, 544 – Vila – União – CEP 60.000 – Tel.: (085) 272-2838
- Federação das Associações de Moradores de Bairros e Favelas de Fortaleza – Mário Moreira da Silva – vice-presidente e diretor de Saúde – Tel.: (085) 234-0860 (comunitário)

Adiada a 9ª Conferência

Falta de tempo para organizar amplos debates nos estados e municípios leva Comissão Organizadora a marcar nova data para o evento.



– Num prazo de apenas três meses seria impossível organizar um evento com a magnitude que se pretende conferir à 9ª Conferência Nacional de Saúde. Por isso, o adiamento é indispensável para que possamos prepará-la com a representatividade e participação compatíveis com o nível de organização já alcançado pelo setor saúde e com a crítica situação hoje vivida por ele.

A afirmação é do Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, José Medeiros, também Coordenador da Comissão Organizadora da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Logo após ter sido empossado no dia 21 de março, tanto Medeiros como os demais membros das comissões organizadora e consultiva passaram a discutir o adiamento do evento, que estava previsto inicialmente para junho deste ano. A proposta de adiar a Conferência foi imediatamente comunicada ao Ministro da Saúde, Alceni Guerra, embora a decisão formal sobre a nova data – proposta a princípio para fins de novembro – tenha ficado para ser tomada na reunião da comissão de organização da 9ª Conferência que se realizaria a 11 de abril, paralela ao fechamento dessa edição do **PROPOSTA**.

Com vistas à realização da 9ª CNS, o Ministério da Saúde já liberou Cr$ 15 milhões, através de convênio com o Conasems. Caberá à Comissão Executiva, sempre com o apoio da Comissão Consultiva – frizou Medeiros – definir os mecanismos para os próximos repasses oficiais, bem como dos recursos já destinados à Conferência pela Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial e outros organismos que ofereceram apoio, sendo provável que estas verbas sejam alocadas através de convênios com a Opas (Organização Panamericana da Saúde).

– A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi de suma importância na definição teórica das mudanças necessárias no rumo da Reforma Sanitária e dos mecanismos legislativos neste sentido, que acabaram por garantir a criação do SUS. A 9ª Conferência tem a responsabilidade de definir mais claramente os instrumentos de viabilização de todas estas propostas e seu tema – Municipalização – não deixa dúvidas a respeito do seu objetivo maior. Por isso, a 9ª deve ser mais importante ainda que a 8ª, embora aquela tenha sido um marco na luta sanitária deste País.

A análise é do Presidente da Comissão Consultiva da 9ª CNS, o ex-Deputado Raimundo Bezerra, ao adiantar que, além do tema central, existem propostas de inclusão de outros pontos no temário, como erro médico, ética e a Saúde do Ano 2000.

Na opinião de Raimundo Bezerra, a participação popular é imprescindível, quer na 9ª Conferência, quer na implantação do SUS nos municípios. Entretanto, considera que, para garanti-la será necessário neutralizar em determinados setores a tendência de que "não adianta participar, porque as coisas só acontecem de acordo com a vontade da força dominante nas Prefeituras".

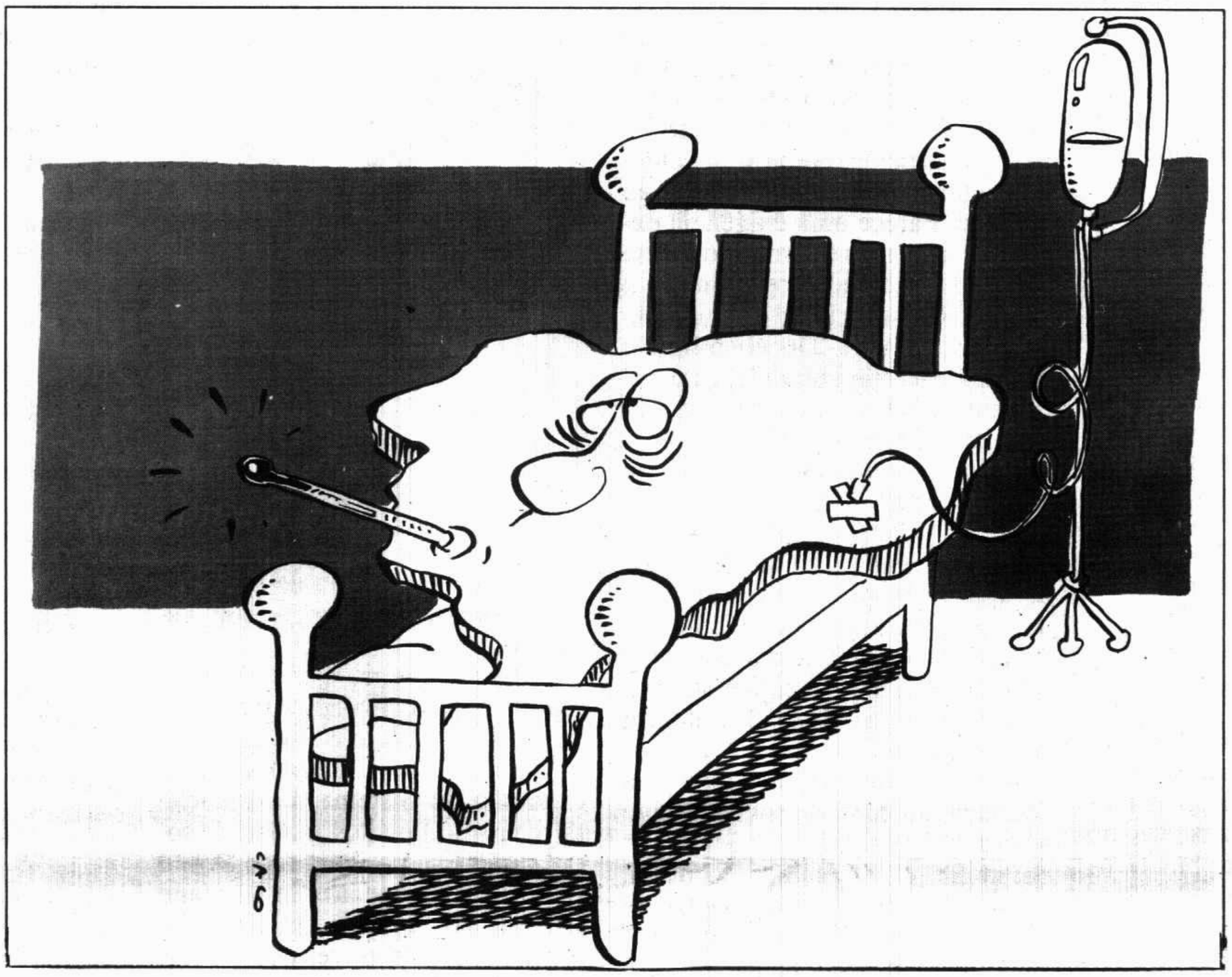
– De fato, a influência política é uma prática antiga que ainda existe, não apenas em Prefeituras, mas em todos os níveis de poder, em menor ou maior grau. Porém, é justamente a participação popular o instrumento mais eficaz para modificar tal realidade onde ela exista. Somente com a presença organizada da comunidade – e isso está garantido nas Constituições Federal e Estaduais, na Lei Orgânica da Saúde e na Lei Orgânica dos próprios municípios –, será possível discutir e viabilizar a municipalização da saúde, aqui incluídos seus mais variados aspectos, como a municipalização dos serviços, financiamento, gerenciamento do sistema, política de recursos humanos e o controle social – acentuou.

Apesar da discussão deste ponto só estar prevista para as próximas etapas organizativas, Bezerra admite a possibilidade do número de delegados à 9ª CNS ser proporcional à população dos municípios. Uma coisa é certa: os organizadores pretendem que a Conferência, que será presidida pelo Ministro da Saúde, Alceni Guerra, seja precedida por um amplo processo de discussão nos municípios e estados.

A idéia, conforme adiantou o ex-parlamentar, é propor um cronograma que possibilite a realização de encontros e conferências sob o rótulo específico da 9ª Conferência, a partir das estruturas administrativas e organizacionais já existentes. "Pensamos em sugerir discussões em cada município e intermunicipais, partindo para debates em cada estado e até unindo mais de um estado, agrupando-os nas regiões geográficas da Federação (Sul, Sudeste, Leste, Nordeste, Norte e Centro-Oeste), para que cheguemos à Conferência Nacional com um leque de discussões que espelhe a realidade do País a partir de cada uma das suas localidades. Só com um processo amplo de debates poderemos chegar a propostas que efetivamente viabilizem a implantação do SUS na ótica da municipalização – afirmou Bezerra.

País não consegue vencer doenças da miséria

O Brasil enfermo



Imersa num quadro de desnutrição e baixa qualidade de vida, a população brasileira convive hoje com alta incidência de leishmaniose, malária, dengue e tuberculose; com os maiores números de casos de esquistossomose e doenças de Chagas do mundo e o segundo maior em hanseníase, atrás apenas a Índia. Nos últimos meses, a iminência da entrada do cólera por fronteiras que desconhecem uma vigilância sanitária eficiente, podendo tornar-se endêmico nas periferias urbanas onde faltam água encanada, esgoto e coleta de lixo, completa um quadro que, à primeira vista, parece levar o País de volta a um passado de incontroláveis pestes e moléstias.

Somente à primeira vista, alerta o médico sanitarista Luciano Toledo, coordenador do Núcleo de Doenças Endêmicas Samuel Pessoa (Nensp), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), da Fiocruz. "As doenças são antigas, mas os processos que as introduzem e as mantém em níveis endêmicos e epidêmicos são novos. Estamos presenciando o resultado de um desenvolvimento desigual, gerador de bolsões de miséria, e o reflexo do sucateamento da vigilância epidemiológica e sanitária no País e do fim das programações nos níveis estaduais e regionais", diz ele. "As causas são complexas e as receitas anteriores de controle não valem mais. São necessárias novas estratégias, que levem em consideração os novos processos."

Em outras palavras, o sanitarista entende, por exemplo, que a figura heróica dos "mata-mosquitos" pode contribuir para a redução dos índices de infestação do **Aedes aegypti**, mas o controle da dengue nas cidades só se dará através de "legislação específica, fiscalização intensa, ações regionalizadas, e, sobretudo, participação popular nas decisões e nas ações de controle".

Luciano avalia que os programas para o controle de doenças como a malária e a tuberculose, criados nas décadas de 60 e 70 – "verticalizados, centralizados à nível federal e autoritários" – constituíram "inquestionável" competência técnica. Na década de 80, diz ele, houve um rompimento das estruturas verticais, inspirado na democratização e descentralização dos sistemas de saúde, "sem que se tenha incorporado um modelo alternativo que pudesse ser operacionalizado e mecanismos que assegurassem efetivo controle social desse processo".

O resultado, segundo Luciano, é que perdeu-se a eficácia dos programas verticais e todo o acúmulo de experiências e treinamento dos corpos técnicos nos níveis estaduais foi "esvaziado". "O processo de municipalização foi apropriado pelas forças conservadoras e a atenção à saúde foi parar nas mãos de prefeituras com pouca capacitação técnica e, em 90% dos casos, controladas por uma visão conservadora", lamenta.

Na opinião do médico-sanitarista Paulo Sabroza, também do Nensp e professor adjunto do Departamento de Epidemiologia da Ensp, o caso brasileiro não é isolado e reflete uma das principais discussões do último Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social, realizado em março na Venezuela. "A simultaneidade da implantação dos sistemas locais de saúde com o sucateamento e a falência das estruturas existentes é um processo ideológico definido, que pretende decretar o fracasso do pensamento formulado nas escolas de saúde pública latino-americanas desde a década de 20, que defende o dever do Estado prover atenção integral e universalizada à saúde do cidadão", afirma. "O objetivo é abrir caminho para a medicina privada e, principalmente, para a lógica de mercado na saúde."

A redução da saúde pública à ofertar somente o que é demandado socialmente, poderá representar o fim da vigilância epidemiológica e sanitária, importantes para a interrupção do processo de produção das endemias, mas que, por falta de conhecimento e informação, não serão "demandadas" pela população. Sabroza cita o exemplo da raiva, erradicada de quase todas as cidades do País. Por critérios de mercado e não de saúde pública, um prefeito dificilmente irá destinar parte do orçamento da saúde à vacinação de cachorros, avalia o sanitarista.

Além da "falta de prioridade para a saúde nos níveis centrais de governo e da tentativa de substituição do conceito de saúde pública pelo de mercado no Brasil e demais países da América Latina", Sabroza afirma que a saúde da população está ameaçada por um número cada vez maior de doenças endêmicas por conta do processo neo-liberal de desenvolvimento da economia.

Na área da saúde, este processo é reproduzido pela possibilidade de se proteger "bolhas" da sociedade produtiva dentro da miséria, entende Sabroza. "Na Amazônia, as empresas que desenvolvem os grandes projetos que ajudaram a tornar a malária endêmica na região têm sistemas de saúde próprios e eficazes, que conseguem perfis epidemiológicos em seus acampamentos compatíveis com os da Suécia."

Embora veja o atual processo de municipalização numa rota conservadora, Luciano acredita que a alternativa é o "aprofundamento do processo de descentralização e democratização deste espaço de luta" através do aumento da participação popular, que deve, a seu ver, estar consciente dos processos de produção das doenças e da má qualidade de vida. Ele avalia a descontinuidade dos espaços abertos à participação nos últimos anos afastou as representações populares das decisões sobre o sistema de saúde e interrompeu o repasse de informações dos núcleos técnicos e acadêmicos para estas representações.

Luciano considera necessária a recuperação de instâncias de coordenação regional através de consórcios intermunicipais e da reativação do papel planejador dos estados. No nível local, ele propõe "a volta à lógica da programação, necessária para o atendimento coletivo".

Sabroza acrescenta, ainda, que o financiamento da saúde pública dependerá de prioridade para o setor – já que "o combate à maioria das endemias pode ser feito a baixo custo" – da capacitação técnica das Prefeituras "para não transferirem os recursos para o setor privado por incapacidade gerencial", da fiscalização popular sobre os gastos públicos e, ainda, da introdução de um novo conceito: o do custo social do desenvolvimento.

"Até hoje o custo social do desenvolvimento tem sido pago pela própria população", explica. "Se as indústrias degradam o ambiente, elas é que devem despoluí-lo com parte do que lucram e não os governos. Se a hidrelétrica de Itaipu é responsável por um surto de leishmaniose e a de Balbina, por outro de malária, não é justo que a população, além de sofrer os efeitos das doenças, tenha que, através de seus impostos, custear a eliminação das endemias, enquanto as empresas responsáveis pelas construções tiveram lucros."

DEBATE/9ª CONFERÊNCIA

A municipalização da saúde

ALCENI GUERRA

A convocação da IX Conferência Nacional de Saúde abre espaço para que a sociedade brasileira reflita sobre a implantação do Sistema Único da Saúde. O tema central da IX Conferência será a municipalização da Saúde.

A IX Conferência se inicia no momento em que o Ministério da Saúde exercita ações absolutamente inovadoras no campo sanitário. Aí estão:

1ª) A implantação do SUS, encerrado o ciclo de discussões, clarificando os papéis da União, dos Estados, dos Municípios, dos prestadores, dos profissionais, dos usuários;

2ª) A execução do Plano Qüinqüenal de Saúde, a primeira ação planejada, orgânica, definida para o setor, com propósitos, metas, atividades, prazos, financiamento e responsáveis;

3ª) A elevação dos financiamentos setoriais secularmente baixos;

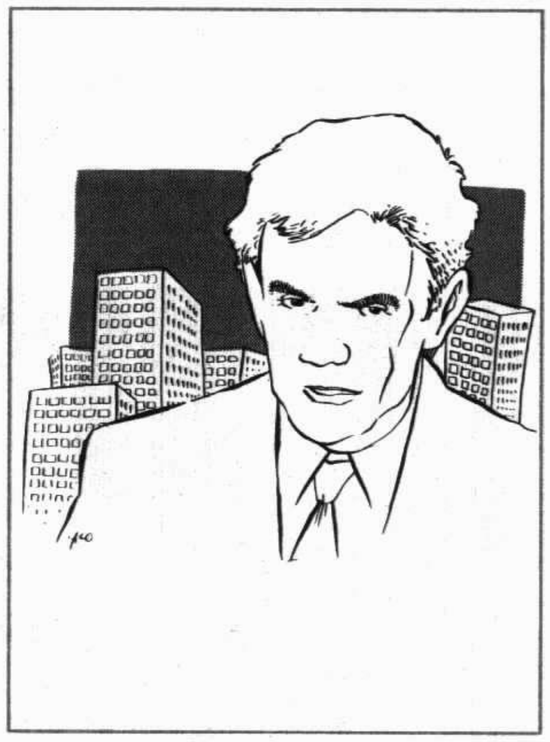
4ª) O lançamento de bases gerenciais modernas, condensadas no PRÓ-SAÚDE, contemplando os recursos humanos, financeiros, tecnológicos, administrativos, de serviço e científicos.

Tenho fundadas esperanças de que a IX Conferência definirá o Plano de Saúde do Brasil para o ano 2000, para o segundo milênio, projetando-nos definitivamente para a saúde do 1º mundo.

A IX Conferência, na sua amplitude, terá instrumentos para isso, principalmente pelo seu caráter pluralista, deixando de representar unilateralmente a corporação dos trabalhadores na saúde, e por seu caráter democrático, ensejando novos indicadores de planejamento das ações de saúde e pela prática do controle social, com a participação de todos os segmentos sanitários.

A IX Conferência começará justamente nos municípios. Melhor seria que começassem nos distritos sanitários, onde nasce o SUS. Por quê? Porque lá estão os usuários, beneficiários de todas as ações do Sistema. O mais relevante: se o cidadão não vai ao posto de saúde, por alguma razão, e temos que investigar as razões numa ação epidemiológica, o posto terá que ir ao cidadão. Parece uma exigência extemporânea, mas é o mínimo que se requer se pretendemos cumprir o preceito constitucional da universalização da saúde. Do contrário, o discurso vai continuar elegante, articulado, porém irreal e descompromissado com as aspirações do nosso povo. Os municípios terão que se convencer de suas responsabilidades no SUS. O ponto de partida é o investimento em saúde. Terão que comprometer pelo menos 10% de seu orçamento em saúde. Terão que criar o Fundo Municipal de Saúde para que os recursos sejam efetivamente aplicados em saúde e não em outras coisas. Terão que criar o Conselho Municipal de Saúde para que haja um controle social efetivo e responsável sobre as ações locais de saúde. Nada melhor do que a comunidade fiscalizando o que está sendo feito. Terão que ter o Plano Municipal de saúde para evitar um posto ao lado de outro, hospital ao lado do outro, e vitalizar os postos e centros de saúde, melhorar o primeiro atendimento e hierarquizar os investimentos. Terão que ter um plano de Cargos e Salários, compatível com as necessidades locais e terão que, transparentemente, favorecer as ações de acompanhamento, controle, auditoria e avaliação que serão praticadas pelos órgãos financiadores ou repassadores dos recursos do Sistema, do Estado e da União.

Se conseguirmos um razoável êxito nas pequenas cidades o efeito cascata puxará o SUS. Se obtivermos êxitos nas grandes cidades o



efeito bumerangue ou de mimetismo acelerará as mudanças que pretendemos.

O nosso temário não contempla apenas a municipalização, que insisto como sendo o nosso principal objetivo. O financiamento, o gerenciamento do Sistema, a formação de recursos humanos, o controle social, tudo isso assegurará ao SUS o seu desenvolvimento. Se no plano federal, no capítulo de financiamento, uma das graves e históricas distorções do setor de saúde, estamos resgatando a dívida do Estado para com a saúde, é preciso que os municípios e os Estados façam o mesmo. Passamos de 1,8% para 2,9% do PIB em 90 e chegaremos a 3,6% do PIB em 91. As transferências do FPAS que foram de 22% em 89 chegaram a 33% em 90 e alcançarão 40,2% em 91. Isto depois de recebermos uma herança perversa de 6 bilhões de dólares em dívidas a 15 meses para pagar e 12 para receber.

Os municípios terão que rever suas estratégias em termos de financiamento. As notícias que temos não são boas. Grande parte não destina 5% de seus recursos para a saúde. Muitos municípios não têm secretarias de saúde. O fato é terrível, pois se clarifica uma dependência indesejável dos Estados e da União. Por sua vez, os Estados não estão uniformemente investindo em saúde. A maioria tem cifras inferiores a 5%. O fato é desconcertante.

Por isso mesmo, e pela necessidade que temos de estimular a criação de uma nova "cultura de saúde", centrada na oferta de bons serviços, na qualidade dos serviços e na satisfação do usuário e não no proselitismo político, invariavelmente elitista e corporativista, é que temos fundadas esperanças de que a IX Conferência Nacional de Saúde poderá constituir um grande fórum de pessoas sérias, responsáveis, maduras, comprometidas com a melhoria dos nossos padrões de saúde. Se isto se iniciar pelos municípios, tanto melhor, pois as possibilidades de disseminarmos esta cultura serão bem maiores. Vai depender de nossa capacidade de pulverizarmos informações confiáveis no sentido da mudança. Sei que não é uma tarefa fácil, pois nossas estruturas de saúde se degradaram no tempo e permissivamente contribuíram para a baixa credibilidade do setor.

Mas há tempo para uma virada. Somos afeitos aos desafios. Se vencemos o desafio da vacinação em 9 meses, trabalhando até às vésperas do Natal de 90, quando se dizia que não poderíamos pensar em vacinar nas festas natalinas, tudo é possível. O nosso povo espera só isso de nós: trabalho. As ferramentas estão disponíveis e ao nosso alcance. Que cada um cumpra a sua parte com humildade, obstinação, responsabilidade e, principalmente, paixão por fazer e construir.

* Alceni Guerra é Ministro de Estado da Saúde